

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814



March 24, 1987

ALL COUNTY LETTER NO. 87-44

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: SHORTENING THE LUMP SUM PERIOD OF INELIGIBILITY
UNDER THE DEFRA OPTIONS (ORD# 1086-48)

REFERENCE: ALL-COUNTY LETTER (ACL) NO. 86-138, DATED 12/30/86
MPP 44-207.4

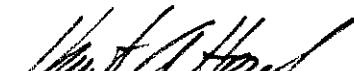
ACL Number 86-138 informed you of the options available under DEFRA which the Department implemented in regulation effective January 1, 1987. One of these options includes acceptable reasons for shortening the AFDC lump sum period of ineligibility (POI). The purpose of this letter is to provide clarification and instructions for implementing this provision.

Attached are general program instructions and specific notice of action (NOA) messages. The following reproducible form and NOA messages are required:

- I. General informing notice for recipients currently in a POI (TEMP 1697).
- II. Form for requesting/certifying disposition of the lump sum (CA 41).
- III. Notices of Action (M44-207R through U).

Spanish versions of the TEMP 1697, CA 41 and NOAs are attached. Chinese, Vietnamese, Laotian and Cambodian translations will be forthcoming.

If you have any questions or need further information, please contact Lynne Reich of the AFDC and Food Stamp Policy Implementation Bureau at (916) 324-2009 or ATSS 454-2009.



ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

ATTACHMENT

DESCRIPTION OF PROGRAM PROVISIONS AND
GENERAL IMPLEMENTING INSTRUCTIONS

Effective January 1, 1987, the lump sum period of ineligibility may be recalculated under the following circumstances:

1. The total need (standard of need plus special needs) increases and the amount the family would have received also changes:
 - a. The family in a POI suffers an incident which qualifies as a nonrecurring special need pursuant to MPP 44-211.3.
 - b. The family in a POI has a member(s) who becomes eligible for a recurring special need pursuant to MPP 44-211.2.
 - c. The total standard of need increases due to a cost-of-living adjustment (COLA) and the amount the family would have received also changes.
2. The family in a POI incurs and pays for medical expenses. Any type of uninsured medical expense qualifies.
3. All or part of the lump sum is unavailable to the family (e.g., lost, stolen, spouse leaves the home and takes the lump sum or the lump sum is used for needs resulting from sudden and unusual circumstances of a life-threatening nature) and the unavailability of the lump sum is beyond the control of the family.

REQUIRED FORMS AND NOTICES

- I. General Informing Notice for Recipients Currently in a Lump Sum POI (TEMP 1697) -- The TEMP 1697 contains information regarding the new acceptable reasons for shortening a lump sum POI and must be sent to former recipients in a POI as of January 1, 1987. The notice must be sent as soon as possible but no later than June 30, 1987.
- II. Lump Sum Request/Certification Form (CA 41) -- The regulations require that a request be made to recalculate the POI. The NOA message language discontinuing a case for the POI (M44-207R, attached) informs recipients of acceptable reasons for shortening the POI and instructs them to reapply for aid if any of these circumstances occur. When a recipient reapplies on this basis, or otherwise notifies the county that something has happened to the lump sum, a request for recalculation of the POI has been made. At this point, the recalculation becomes a determinant factor of eligibility.

As part of the restoration/reapplication process, the recipient in a lump sum POI must complete and sign the CA 41, Lump Sum Request/Certification Form.

If an acceptable reason(s) for recalculating the POI is present, the county must substantiate this finding in the case record. Pursuant to MPP 44-207.45, verification of expenditures for items or services shall be provided by the recipient at the county's request. The principles and methods of gathering evidence as set forth in MPP 40-157.2 and .3 (regarding consent forms for release of information) must be observed. Additionally, in circumstances for which there is no evidence (e.g., some instances of loss or theft) the CA 41 may serve as the sworn statement of the recipient, signed under penalty of perjury, and will be acceptable.

Upon determining that the reason(s) is acceptable and appropriately documented, a recalculation must be done to determine the status of the POI. In situations where the recalculated POI has ended, regular restoration/reapplication processing continues. Eligibility for aid must be determined and the appropriate NOA sent.

In situations where the POI has been recalculated and has not ended but is shortened, or where the POI has been recalculated and there is no change, the appropriate NOA (new message language M44-207S) must be sent, denying aid and indicating the outcome of the recalculation.

If no acceptable reason to recalculate the POI exists, the appropriate denial notice must be sent (M44-207T, attached).

III. Notices of Action (Discontinuance Due to Receipt of Lump Sum, Denial of Application for Aid and Continuation Page) --

A. General -- Included in this package are reproducible copies of the NOA message language (on the appropriate manual NOA form) to be used when aid is discontinued due to receipt of lump sum and when aid is denied because:

1. The recalculation of the POI did not result in a change or the POI is shortened due to the recalculation but it is not over, or
2. No acceptable reason for recalculating the POI exists.

If recalculation of the POI results in its termination, the request for recalculation will be accepted and processed as a restoration or reapplication as appropriate. NOAs currently in use for approving and denying assistance will be used, as appropriate, to approve or deny the restoration or reapplication.

NOTE: The attached NOAs are in two column format and meet the new Turner standards effective May 1, 1987 for manually prepared NOAs. Counties have the option of transferring the message language and computations to any other appropriate form in use prior to the May 1, 1987 Turner implementation date. In addition, automated counties may transfer both the message language and computations to the NA 990. If counties transfer the messages to pre-Turner forms, the phrase "As of _____," must be eliminated until the May 1, 1987 forms are implemented.

The attached NOAs should be printed with the NA Back 6 which is mandated on May 1, 1987.

Turner handbook pages will be forthcoming.

B. Specific Instructions --

1. M44-207R (Discontinue) -- Use to discontinue due to lump sum POI.

This language replaces the M44-207S message language currently in the Turner handbook and the M44-207Mt message language provided to you in ACL 86-138. The former M44-207S is now obsolete.

2. M44-207S (Deny) -- Use to deny aid when the POI recalculation does not result in a change to the POI, or the POI is shortened but not yet over. Fill in the month the recipient should reapply for aid. Attach the M44-207U to show the lump sum POI computation.
3. M44-207T (Deny) -- Use to deny aid when there is no acceptable reason for recalculation of the POI.
4. M44-207U (Continuation/Computation) -- Use to show the recalculation of the lump sum POI. Must be attached to the M44-207S.

Section I includes steps for recalculating the POI when:

- a. the family is eligible for a nonrecurring special need,
- b. the family has spent all or part of the lump sum for medical expenses, or
- c. the family no longer has all or part of the lump sum available to them for reasons beyond their control.

Section II includes steps for recalculating the POI when:

- a. there is a COLA and the amount the family would have received also changes, or
- b. the family is eligible for a new recurring special need.

These computations are dependent upon the first computations in Section I, using the new lump sum amount.

When a recalculation is done only for reasons contained in Section I, and a COLA has occurred during the same time frame, complete Section II also, to include the COLA recalculation. The COLA computation is done based on the family size at the time the POI was computed. If the household has a new member who is otherwise eligible, that person would have had his/her own AU established pursuant to MPP 44-205.71.

Section III shows the new period of ineligibility resulting from either I or II or a combination of both:

- a. Fill in all the needs and amount blanks in Sections I and II. If there is no number enter a zero.
- b. Fill in all the blanks in Section III, including all the dates.

LOST YOUR AID? THEN READ THIS...

DID YOUR AID STOP BECAUSE OF "LUMP SUM" INCOME?

If so, you may now be able to get cash aid sooner if:

- You have a new special need, or
- There is a cost-of-living change in the cash aid amount, or
- The lump sum money is spent for medical bills, or
- The lump sum money is spent for a life-threatening situation, or
- The lump sum money is lost, stolen or taken from you, or
- The lump sum money is gone for any reason that is not your fault.

To see if you can get cash aid sooner, you must ask.

Call your worker, or

Come into the Welfare Office.

Our phone number is:

Our address is:

LUMP SUM REQUEST/CERTIFICATION FORM

NAME (PRINT)		SOCIAL SECURITY NUMBER*	TELEPHONE NUMBER ()	
ADDRESS	(NUMBER)	(STREET)	(CITY)	(STATE) (ZIP CODE)
PREVIOUS CASE NAME		PREVIOUS CASE NUMBER	LAST COUNTY WHERE AIDED	
COUNTY USE ONLY				

I got a lump sum of \$ _____ in _____

I want the county to refigure my lump sum period of ineligibility because:

- My lump sum was or will be spent on medical bills or a life threatening need(s). Explain why, how much and when:
 - My family has a one time special need (from a fire, flood, theft, etc.). Explain why, how much and when: .
 - Due to a medical condition, my family has an ongoing special need (from a pregnancy, diet, transportation, telephone equipment, housework, laundry services or high utilities use). Explain why, how much and when:
 - My lump sum was lost, stolen or was taken from the family. Explain why, how much and when:
 - There is a cost of living change in the cash aid amount.
 - Other unusual conditions. Explain what, why, how much and when:

CERTIFICATION

- I understand that the statements I have made on this form are subject to verification.
 - I further declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the statements I have given on this form are true and correct to the best of my knowledge.
 - I authorize the county to obtain any verification necessary to process this request. This authorization is valid for 30 days from the date signed.

SIGNATURE OR MARK OF APPLICANT	DATE SIGNED
SIGNATURE OF WITNESS, TRANSLATOR OR REPRESENTATIVE	DATE SIGNED

* YOU DO NOT HAVE TO TELL US YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN). THE SSN WILL BE USED TO HELP FIND YOUR RECORDS.
THE FASTER WE FIND YOUR RECORDS, THE SOONER WE CAN WORK ON YOUR CASE.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date	:	_____
Case Name	:	_____
Number	:	_____
Worker Name	:	_____
Number	:	_____
Telephone	:	_____
Address	:	_____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

As of _____, the County is stopping your cash aid until _____.

Here's why:

In _____ you got a lump sum of money. Your period of ineligibility is figured on this page.

But, if you have less than \$1,000, you may be able to get short-term State-U cash aid (State AFDC Unemployed Parent Program). State rules are different from Federal rules. You can get State-U for 3 months in any 12 month period. You must apply for it in person.

Also you may be able to get Federal cash aid sooner if your situation changes. Call this office right away if:

- You have a new special need, or
- There is a cost-of-living change in the cash aid amount, (usually in July), or
- The lump sum money is spent for medical bills or a life-threatening situation, or
- The lump sum money is lost, stolen, or taken from you, or
- The lump sum money is gone for any reason that is not your fault.

Also, if another family member moves into your home, you may be able to get aid for that person.

To get Federal cash aid again, you must apply for it in person.

You will get another notice about your Medi-Cal.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 44-207.4

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

Net Countable Income

Total Earned Income	\$ _____
Work Expense Disregard	- _____
Dependent Care Disregard	- _____
\$30 Disregard	- _____
\$30 and 1/3 Disregard	- _____
Other Countable Income (list sources)	+ _____
	+ _____
	+ _____
Child Support Collected by the County (financial eligibility only).	+ _____
Court Ordered Support Paid	- _____
(A) Net Countable Income	= _____

Family Needs

Basic Need for _____ Persons	\$ _____
Special Needs	+ _____
(B) Family Needs	= _____

Lump Sum Ineligibility

Your net countable income (A) divided by your family needs (B) equals the number of ineligible months:

There is a remainder of _____
It counts against your grant in _____

(MONTH)

You are not financially eligible in _____

(MONTH)

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date :	_____
Case Name :	_____
Number Worker Name :	_____
Number :	_____
Telephone :	_____
Address :	_____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

The county has denied your application for cash aid dated _____.

Here's why:

- Your lump sum period of ineligibility was refigured and it is not over yet.
(See next page.)
It will end in _____.
- Your lump sum period of ineligibility was refigured and it did not change.
(See next page.)
It still ends in _____.

To get cash aid again, you must apply. Call or come into this office in _____. If something else happens to the lump sum money, call this office right away.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

- You will get another notice about your Medi-Cal.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 44-207.4

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date :	_____
Case	_____
Name	_____
Number	_____
Worker Name	_____
Number	_____
Telephone	_____
Address	_____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

The county has denied your application for cash aid dated _____

Here's why:

The reason you gave for refiguring your lump sum period of ineligibility is not one that the rules allow.

If something else happens to the lump sum money, call this office right away.

You will get another notice about your Medi-Cal.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 44-207.4

NOTICE OF ACTION

(Continued)

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date _____
Case Name _____
Number _____

I. Nonrecurring Special Need Occurs, Lump Sum Spent On Medical Needs, Or Lump Sum Lost Or Taken:

The old lump sum amount (plus other net income in the month received): \$ _____

Amount of your new one-time special need: _____

The amount you had lost or taken or had to spend: _____

A. New lump sum amount: _____

Basic need for _____ persons: \$ _____

Special Needs: _____

Family needs when you got the lump sum: _____

II. Cost-Of-Living Increase or Recurring Special Needs:

Number of months before the cash aid went up: x _____

B. Amount of lump sum already counted: _____

C. Amount of lump sum left: (A-B) = _____

Basic need for _____ persons (now): \$ _____

Special needs (now): + _____

Family needs (now): = _____

III. New Period of Ineligibility:

Amount of new lump sum (A): OR

Amount of lump sum left (C):

Divided by your family's needs =

The new number of ineligible months: _____

Old number of ineligible months: _____

Old period of ineligibility would end: _____

New period of ineligibility will end: _____

There is a remainder of: \$ _____

It counts against your grant in: _____

Rules: These rules apply; you may review them at your Welfare Office: MPP 44-207.46.

State Hearing: If you think we are wrong, you may ask for a hearing. The back of page 1 tells how.

¿PERDIÓ SU ASISTENCIA? ENTONCES LEA ESTO...

¿PARARON SU ASISTENCIA POR RAZÓN DE INGRESOS DE "UN PAGO GLOBAL"?

Si fue así, es posible que usted pueda recibir asistencia monetaria más pronto si:

- Tiene una necesidad especial nueva, o
- Hay un cambio en la cantidad de la asistencia monetaria a causa del costo de la vida, o
- Se gasta la cantidad global de dinero en costos médicos, o
- Se gasta la cantidad global de dinero en una situación de vida o muerte, o
- Se le pierde, le roban o le quitan la cantidad global de dinero, o
- Por alguna razón que no es culpa suya, desaparece la cantidad global de dinero.

Debe preguntar para cerciorarse si puede recibir asistencia monetaria más pronto.

Llame a su trabajador(a), o

Venga a la oficina de bienestar.

Nuestro número de teléfono es:

Nuestra dirección es:

**FORMA PARA SOLICITAR LA REDETERMINACIÓN DEL PERÍODO DE INELEGIBILIDAD A CAUSA
DEL RECIBO DE UNA CANTIDAD GLOBAL/CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL CLIENTE**

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*		NÚMERO DE TELÉFONO ()	
DIRECCIÓN (NÚMERO)	(CALLE)	(CIUDAD)	(ESTADO)	(ZONA POSTAL)
NOMBRE ANTERIOR DEL CASO		NÚMERO ANTERIOR DEL CASO		ÚLTIMO CONDADO DONDE RECIBIÓ ASISTENCIA
SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO				

Recibí una cantidad global de dinero de \$ _____ en _____ .
 CANTIDAD MES/AÑO

Deseo que el condado vuelva a calcular mi período de inelegibilidad a causa del recibo de una cantidad global de dinero porque:

- Mi cantidad global de dinero fue o será gastada en costos médicos o una situación(es) de vida o muerte. Explique por qué, cuánto y cuándo:
- Mi familia tiene una necesidad especial de una sola vez (originada por un incendio, inundación, robo, etc.). Explique por qué, cuánto y cuándo:
- Debido a una condición médica, mi familia tiene una necesidad especial continua (originada por un embarazo, dieta, transportación, equipo telefónico, trabajo doméstico, servicio de lavandería, o uso extraordinario de servicios públicos y municipales). Explique por qué, cuánto y cuándo:
- Perdí, me robaron o le quitaron a mi familia mi cantidad global de dinero. Explique por qué, cuánto y cuándo:
- Hay un cambio en la cantidad del pago mensual a causa del costo de la vida.
- Otras condiciones poco comunes. Explique qué, por qué, cuánto y cuándo:

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta forma están sujetas a verificación.
- Además declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del Estado de California que las declaraciones que he hecho en esta forma son verdaderas y correctas según mi mejor saber y entender.
- Autorizo al condado a que obtenga cualquier verificación que sea necesaria para tramitar esta solicitud. Esta autorización permanecerá en vigor durante 30 días a partir de la fecha en que se firmó.

FIRMA O MARCA DEL SOLICITANTE	FECHA EN QUE SE FIRMÓ
RIMA DEL TESTIGO, TRADUCTOR O REPRESENTANTE	FECHA EN QUE SE FIRMÓ

* USTED NO TIENE QUE DECIRNOS SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN). EL NÚMERO (SSN) SERÁ USADO PARA AYUDARNOS A ENCONTRAR SUS EXPEDIENTES. ENTRE MAS PRONTO ENCONTREMOS SUS EXPEDIENTES, MÁS PRONTO PODEMOS TRABAJAR EN SU CASO.

Notificación de Acción

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del Caso : _____
Número del Trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(DESTINATARIO)



El condado parará su asistencia monetaria a partir de _____, hasta _____.

La razón es la siguiente:

Usted recibió una cantidad global en _____. En esta página se calcula su período de inelegibilidad.

Sin embargo, si usted tiene menos de \$1,000 dólares, es posible que usted pueda recibir Asistencia del Estado-U a corto plazo (AFDC del Estado, Programa de Asistencia para Padre/Madre desempleado(a)). Los ordenamientos estatales son diferentes a los federales. Usted puede recibir Asistencia del Estado-U durante tres meses en cualquier período de 12 meses. Debe solicitarla en persona.

También es posible que usted pueda recibir asistencia monetaria federal antes si su situación cambia. Llame a esta oficina de inmediato si:

- Usted tiene una necesidad especial nueva, o
- Hay un cambio en la cantidad de asistencia monetaria en virtud del costo de la vida, (por lo general en julio), o
- Se gasta la cantidad global de dinero en gastos médicos o en una situación de vida o muerte, o
- Perdió, le robaron o le quitaron la cantidad global de dinero, o
- Por alguna razón que no es culpa suya, desaparece la cantidad global de dinero.

Asimismo, si otro miembro de la familia se muda a su hogar, es posible que usted pueda recibir asistencia para esa persona.

Para volver a recibir asistencia monetaria federal, tiene que solicitarla en persona.

Usted recibirá otra notificación con respecto a su Medi-Cal.

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican; puede consultarlos en su oficina de bienestar: MPP 44-207.4

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Ingresos netos contables

Total de ingresos ganados	\$ _____
Deducción por gastos de trabajo	- _____
Deducción por cuidado de personas a su cargo	- _____
Deducción de \$30	- _____
Deducción de \$30 y 1/3	- _____
Otros ingresos contables (enumere las fuentes)	+ _____ + _____ + _____

Sostenimiento para hijos cobrado por el condado (elegibilidad por razones económicas solamente).	+ _____
Sostenimiento pagado ordenado por la corte	- _____
(A) Ingresos contables netos	= _____

Necesidades de la familia

Necesidad básica para _____ personas	\$ _____
Necesidades especiales	+ _____
(B) Necesidades de la familia	= _____

Inelegibilidad por cantidad global
Sus ingresos netos contables (A) divididos entre las necesidades de su familia (B) resultan en el número de meses de inelegibilidad:
Hay un restante de _____ \$ _____
Se cuenta contra su pago mensual de _____ (MES)

Usted no es elegible por razones económicas en _____ (MES)

Notificación de Acción

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Fecha de la Notificación :	_____
Nombre del Caso :	_____
Número	_____
Nombre del Trabajador(a)	_____
Número	_____
Teléfono	_____
Dirección	_____

(DESTINATARIO)

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado ha negado su solicitud de fecha _____ para asistencia monetaria.

La razón es la siguiente:

- Se volvió a calcular el período de inelegibilidad debido a una cantidad global de dinero que usted recibió y aún no se ha terminado.
(Vea la página próxima)
Terminará en _____.
- Se volvió a calcular el período de inelegibilidad debido a una cantidad global de dinero que usted recibió y no hubo cambio.
(Vea la página próxima)
Aún se terminará en _____.

Para recibir asistencia monetaria nuevamente, usted debe solicitarla. Llame o venga a esta oficina en _____.

Si algo más le sucede a su cantidad global, llame a esta oficina de inmediato.

- Usted recibirá otra notificación con respecto a su Medi-Cal.

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: MPP 44-207.4

Notificación de Acción

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Fecha de la Notificación :	_____
Nombre del Caso :	_____
Número	_____
Nombre del Trabajador(a) :	_____
Número	_____
Teléfono	_____
Dirección	_____

(DESTINATARIO)

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador(a).

El condado ha negado su solicitud de fecha _____ para asistencia monetaria.

La razón es la siguiente:

Las reglas no permiten la razón que usted dió para que se volviera a calcular el período de inelegibilidad.

Si algo más le sucede a su cantidad global de dinero, llame a esta oficina de inmediato.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Usted recibirá otra notificación con respecto a su Medi-Cal.

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: MPP 44-207.4

Notificación de Acción (Continuación)

CONDADO DE

ESTADO DE CALIFORNIA
AGENCIA DE SALUD Y BIENESTAR
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Fecha de la Notificación : _____
Nombre del Caso : _____
Número : _____

- I. Surge una necesidad especial que no se repite, se gasta la cantidad global de dinero en necesidades médicas, o se pierde o le quitan la cantidad global de dinero:

La cantidad global anterior (más los otros ingresos netos correspondientes al mes en que se recibió): \$ _____

Cantidad de la necesidad especial nueva que ocurre en una sola ocasión: - _____

La cantidad que perdió, le quitaron o tuvo que gastar: - _____

A. Cantidad global nueva de dinero: = _____

Necesidad básica para _____ personas: \$ _____

Necesidades especiales: + _____

Necesidades de la familia cuando recibió la cantidad global de dinero: = _____

- II. Aumento por el costo de la vida o necesidades especiales que se repiten:

Número de meses antes de que aumentara la asistencia monetaria: x _____

B. Cantidad del pago global de dinero que ya se ha tomado en consideración = _____

C. Cantidad del pago global de dinero que queda: (A-B) = _____

Necesidad básica para _____ personas (ahora): \$ _____

Necesidades especiales (ahora): + _____

Necesidades de la familia (ahora): = _____

- III. Período de inelegibilidad nuevo:

Cantidad del pago global nuevo (A): o la

Cantidad del pago global que queda (C):

Dividida entre sus necesidades familiares =

Número nuevo de meses de inelegibilidad: _____

Número anterior de meses de inelegibilidad: _____

El período anterior de inelegibilidad terminaría: _____

El período nuevo de inelegibilidad terminará: _____

Queda un saldo de: \$ _____

Cuenta contra su pago mensual en: _____

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: MPP 44-207.46.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. El reverso de la página 1 le explica cómo hacerlo.